Hôpitaux Universitaires Paris Centre
COCHIN BROCA HÔTEL-DIEU

Hôpital Saint Camille

Hôpitaux Universitaires
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE FERNAND-WIDAL

Pied vieillissant et Polyarthrite rhumatoïde

ANMSR

Docteur Joël DAMIANO

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

Chef de Service de Rhumatologie

Introduction

- Fréquence de la PR
- Femme (4/1) entre 40 et 60 ans
- Pied atteint dans 90% des cas
- Atteinte de l'avant pied plus précoce
- Atteinte médio et arrière pied plus tardive et insidieuse

ANMSR

Handicap fonctionnel +++

Physiopathologie

- Synovite = inflammation synoviale : affaiblissement des structures de soutien du pied
- Destructions ostéo-articulaires
- Rétractions cicatricielles

ANMSR

Introduction

- Atteinte du pied dans la PR

ANMSR

  - ✓Précoce
  - ✓Fréquente
  - ✓Invalidante

Prise en charge spécialisée

Pieds et vieillissement

- Diagnostics différentiels
- Inflammatoire ou mécanique ?

ANMSR

- Troubles fonctions supérieures
- Difficultés d’accès aux soins
- Ne pas négliger une PR !

PR connue et pied vieillissant

- Mêmes objectifs que patients plus jeunes
- Problème des comorbidités
- Fragilité cutanée et osseuse

ANMSR

- Obtenir le rémission
- Préserver la fonction
- Eviter les dégâts structuraux

PR à début tardif (après 65 ans)

- 10 à 33 % des PR
- Parfois possible après 80 ans
- Mode début aigu : AEG, amaigrissement, fièvre
- Atteinte initiale grosses articulations : épaules
- Formes oedémateuses
- Présence anti-CCP non modifiée par l'âge
- Approche thérapeutique identique

ANMSR

Biologie

- **CRP : pas toujours élevée +++**

ANMSR

- Facteur rhumatoïde : 80 à 85% des cas
- Ac anti CCP ou ACPA : ***spécificité***
  - ✓70% des PR avec FR
  - ✓20 à 45% PR sans FR

Imagerie

- Radiographies standard +++
  - Face + Profil + 3/4
- Echographie + doppler (synovite active ?)
- IRM

ANMSR

Clinique

- Atteinte distale, bilatérale et symétrique
- Atteinte structurale avec le temps
- Pied douloureux mais souple au début
- Pied enraidi et déformé plus tard

ANMSR

Adaptation du traitement aux différents stades de la maladie +++

Clinique : au début

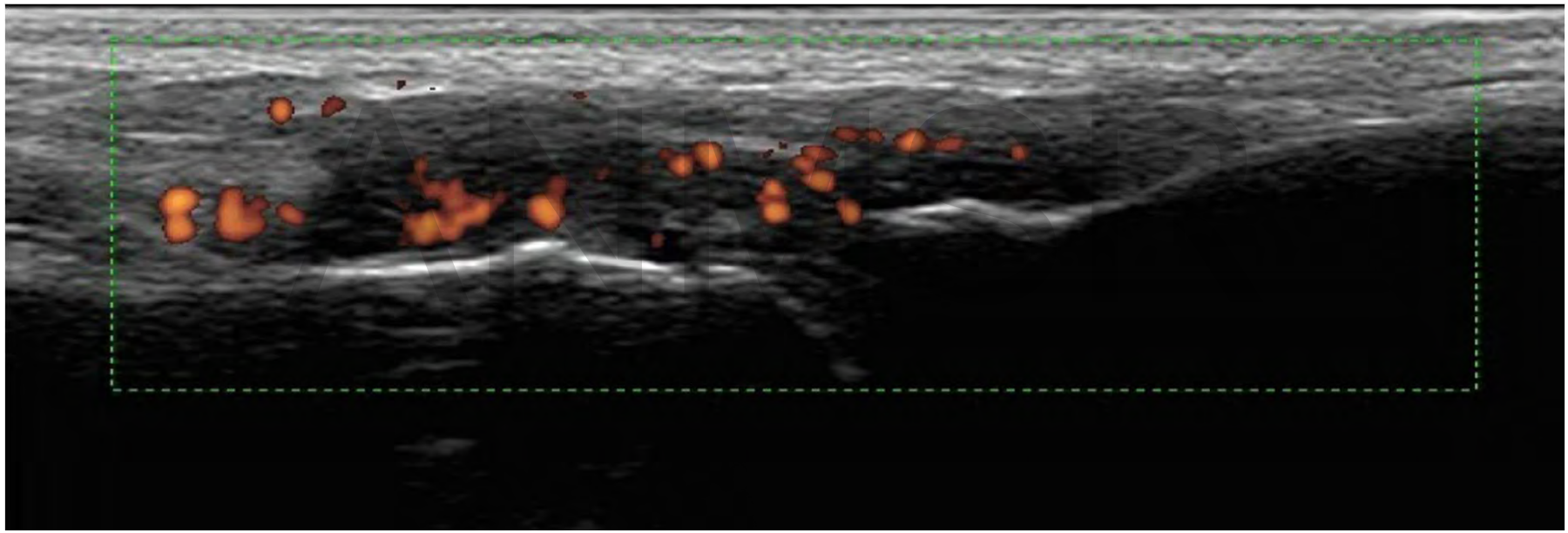
- ***Atteinte de l'avant-pied +++***
- Manifestation inaugurale de la PR dans 10 à 25 % des cas
- Atteinte de la 5ème tête métatarsienne, précoce
- Métatarsalgies +++ :
  - Bilatérales
  - Symétriques
  - Dès les premiers pas

ANMSR

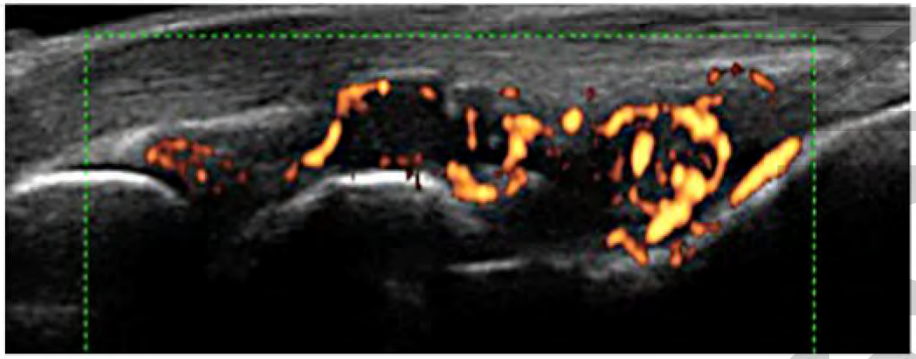
ANMSR

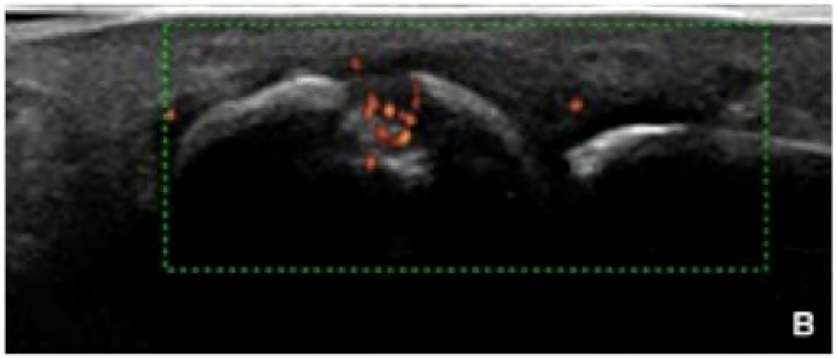
Synovite active MTP III

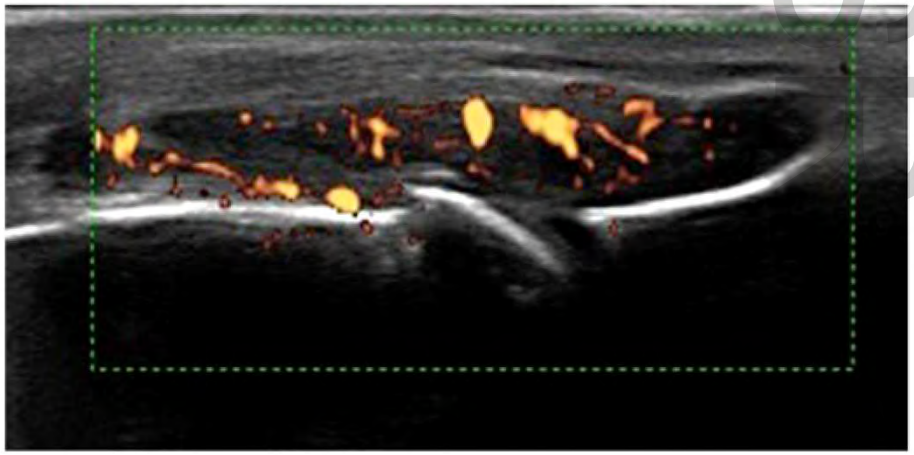
Echographie

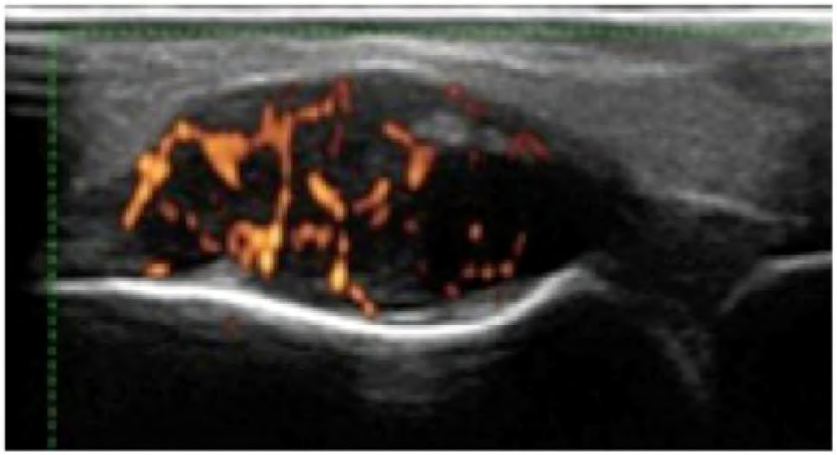


Intérêt de l'échographie +++



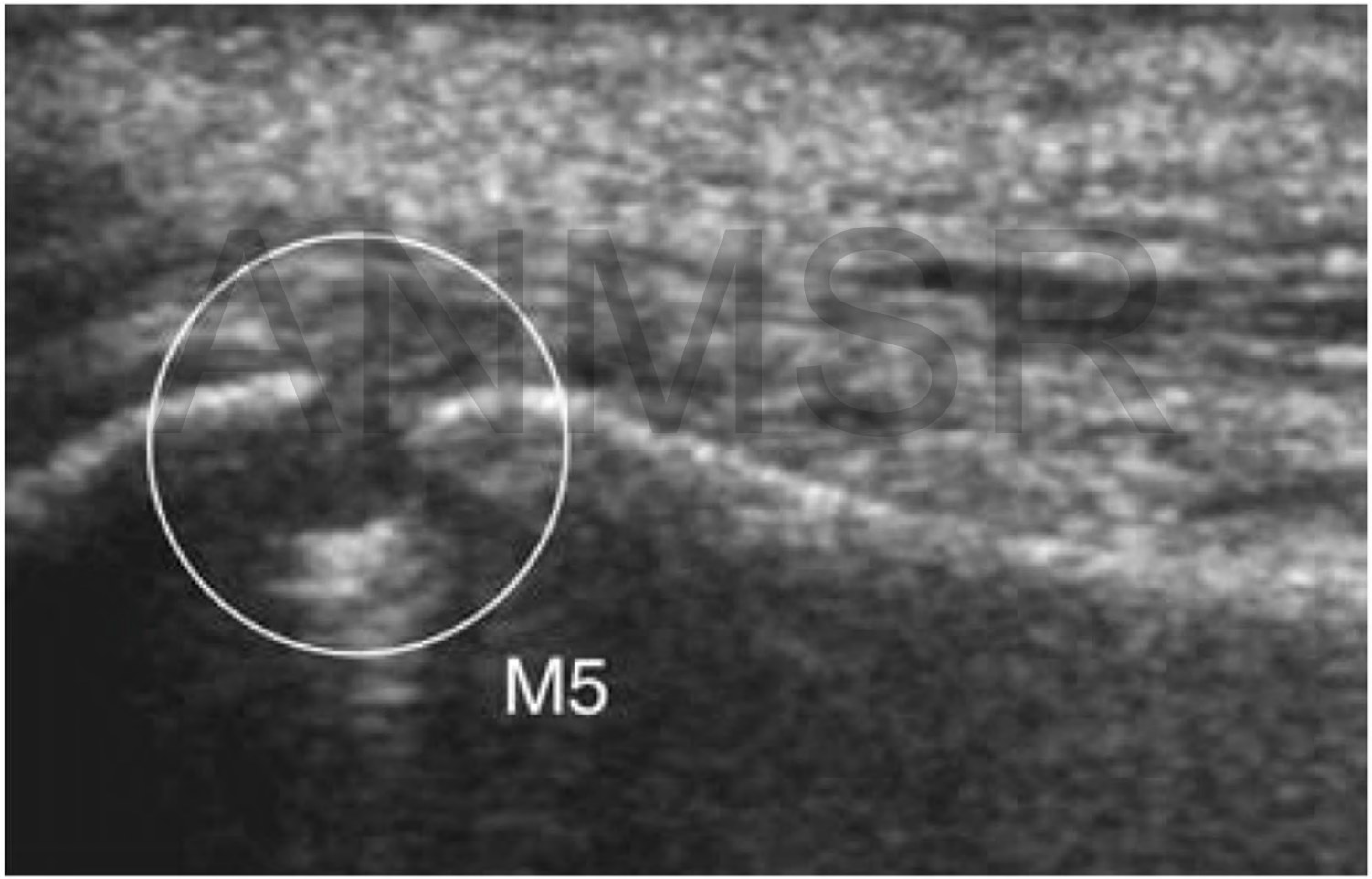




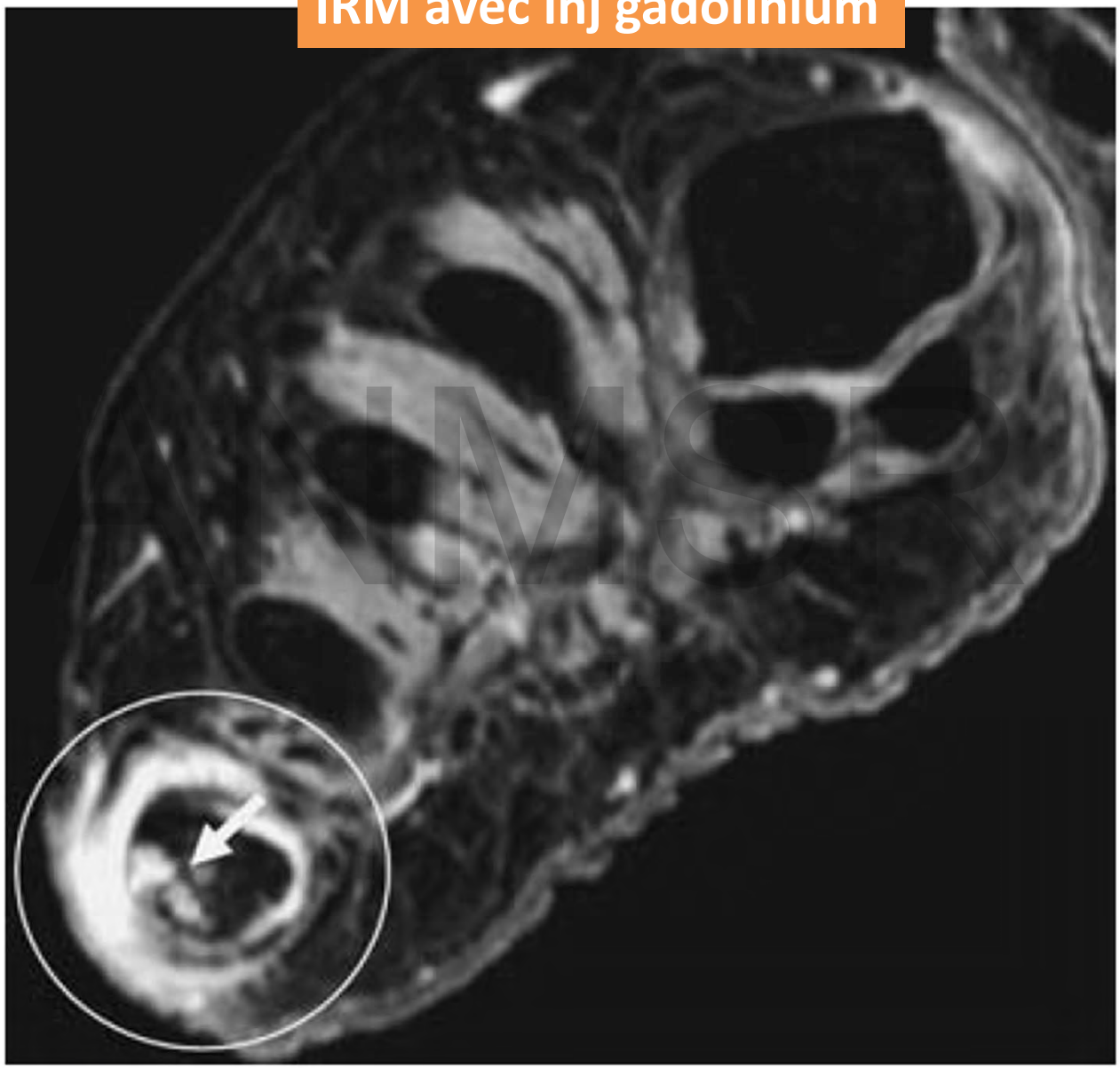


ANSES

Echo : Erosion tête M5



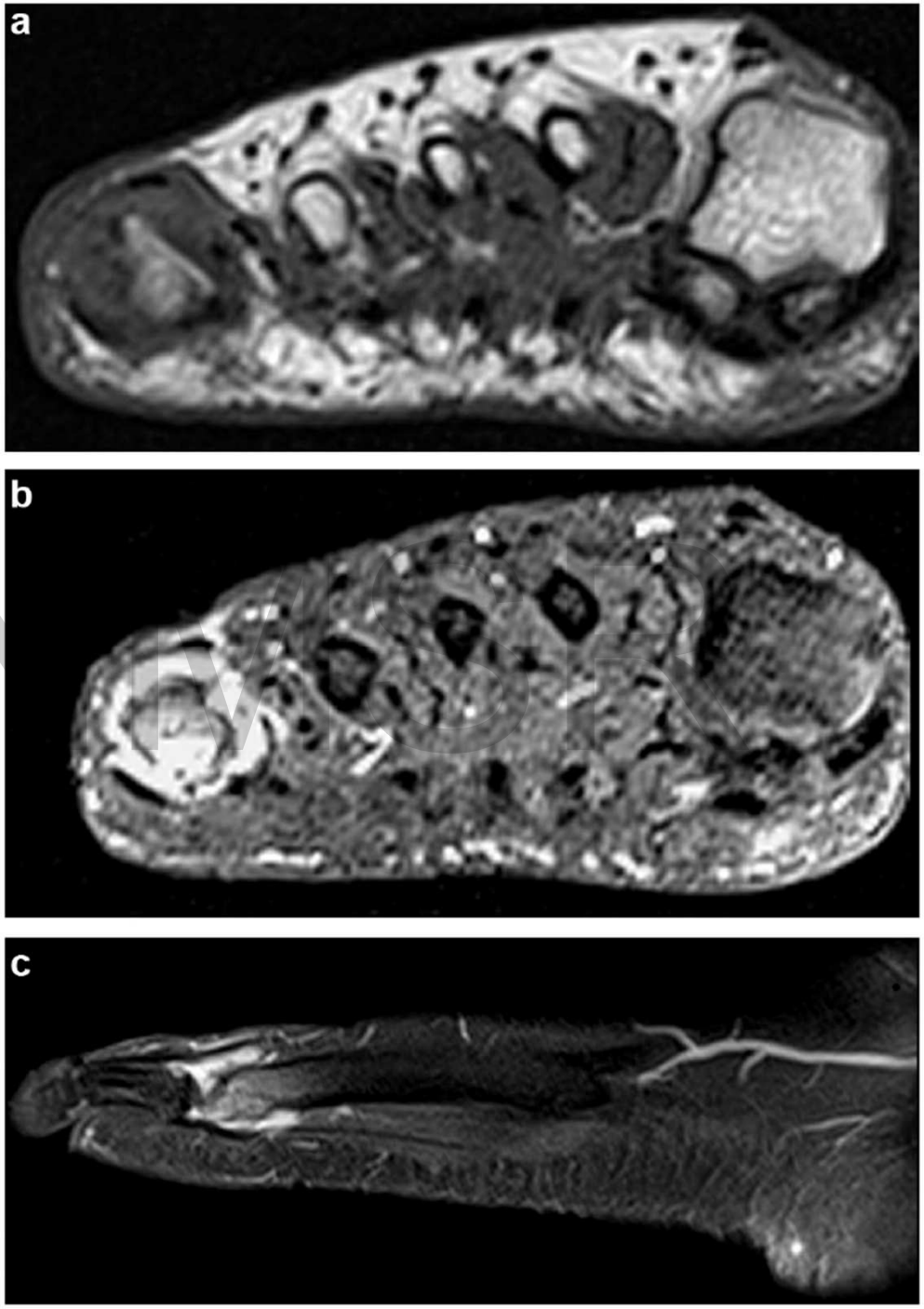
IRM avec inj gadolinium



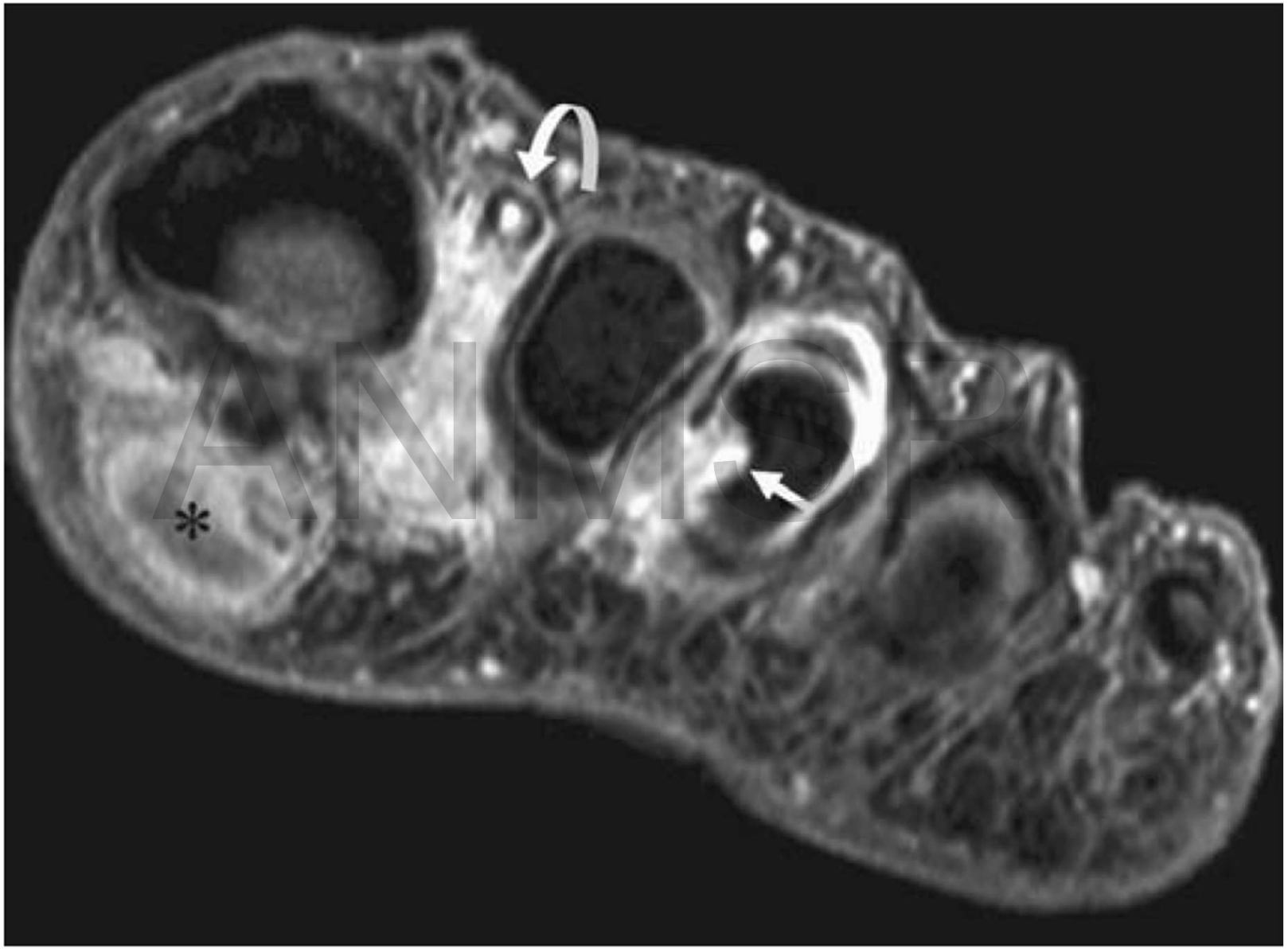
IRM coronale T1

T1 gado Fat Sat

Synovite IRM sagittale



IRM T1 inj gadolinium sat graisse



Clinique : au début

- ***Atteinte de l'arrière pied :***
  - Synovite talo-naviculaire
  - Synovite sub-talienne, calcanéo-cuboïdienne
  - Synovite talo-crurale

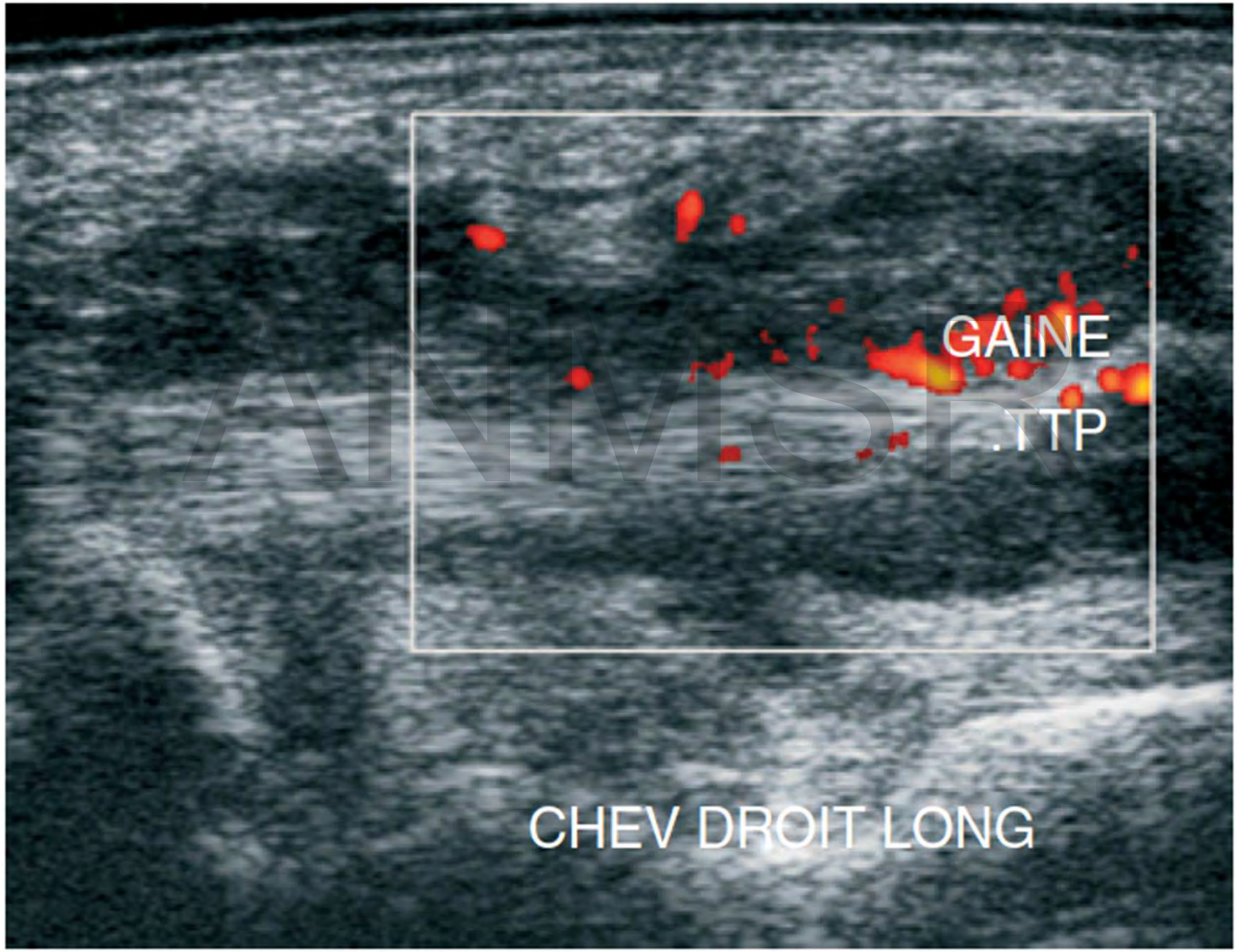
  - Ténosynovites : tibial postérieur

- ***Atteinte du médio-pied***

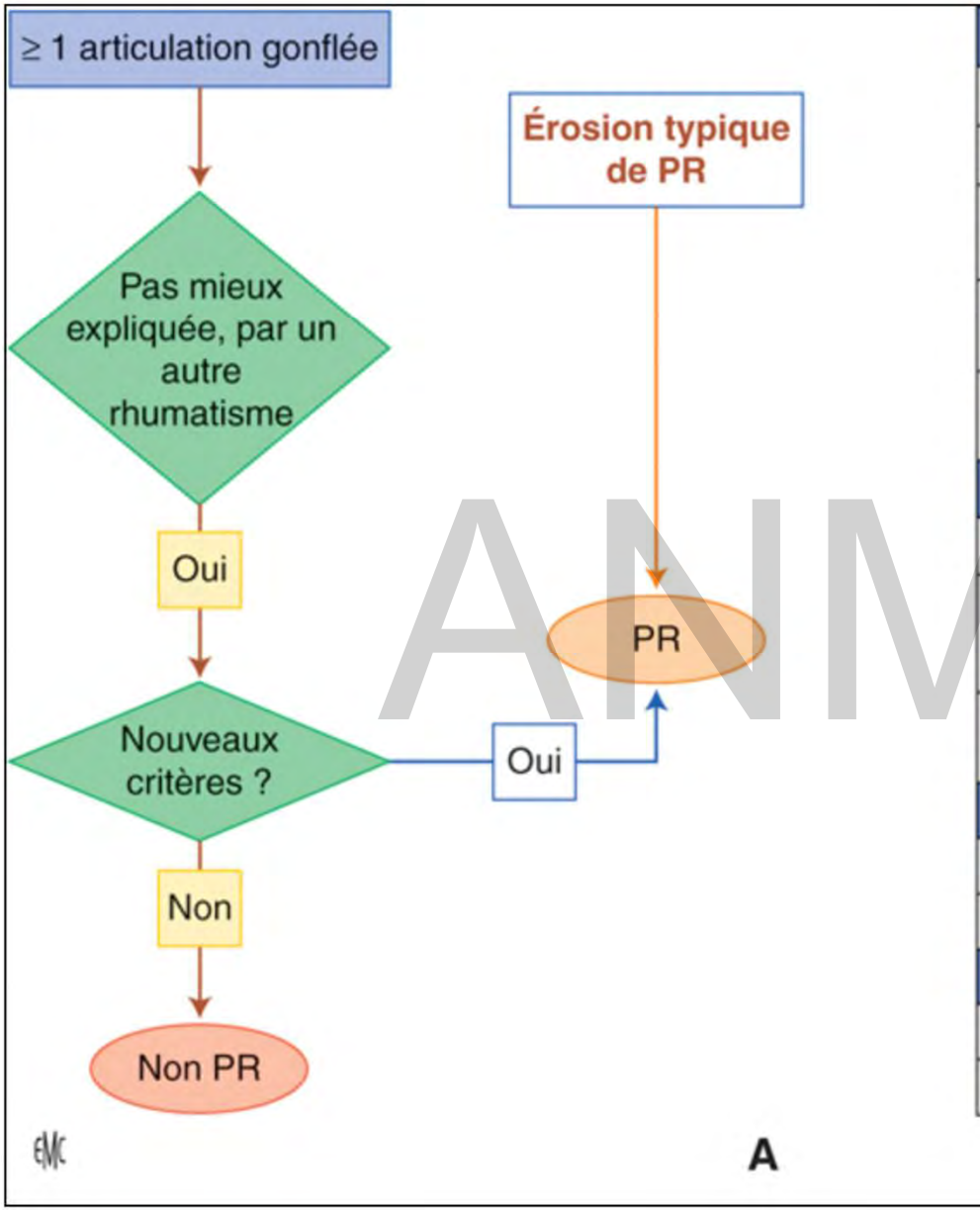
ANMSR

AMMSR

Echographie



CRITERES ACR / EULAR 2010



A

Atteinte articulaire (0–5)	
1 grosse articulation	0
2–10 grosses articulations	1
1–3 petites articulations (grosses articulations non comptées)	2
4–10 petites articulations (grosses articulations non comptées)	3
> 10 articulations (au moins 1 petite articulation)	5
Sérologie (0–3)	
FR négatif **ET** ACPA négatif	0
FR faiblement positif (1 à 3 x normale) **OU** ACPA faiblement positif (1 à 3 x normale)	2
FR fortement positif (> 3 x normale) **OU** ACPA fortement positif (> 3 x normale)	3
Durée des symptômes (0–1)	
< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1
Biologie inflammatoire (0–1)	
CRP normale ET VS normale	0
CRP anormale OU VS anormale	1

PR : score ≥ 6

B

ANMSR

A. Critères American College of Rheumatology (ACR)/European League Against Rheumatism (EULAR) 2010 de classification de la polyarthrite rhumatoïde (PR) [2].).**B.** Patients classés PR si score ≥ 6. FR : facteur rhumatoïde ; ACPA : anticorps antipeptides citrullinés ; CRP : *C reactive protein* ; VS : vitesse de sédimentation.

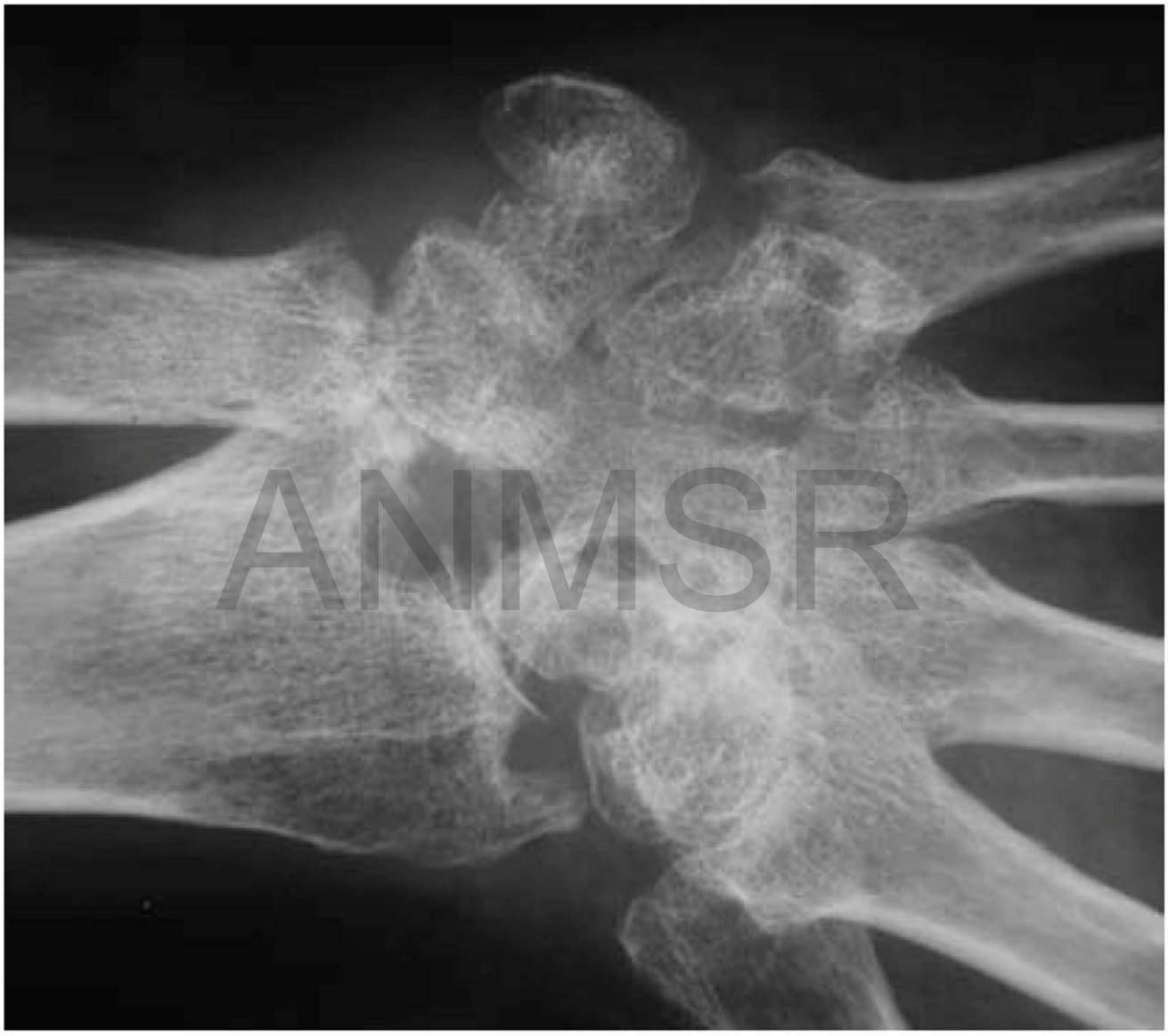
Clinique « tardive »

- **Déformations de l'avant-pied**
  - Hallux valgus
  - Etalement de l'avant pied
  - Coup de vent fibulaire
  - Quintus varus
  - Avant-pied triangulaire
  - Griffes d'orteil
  - Subluxation des têtes métatarsiennes
  - Diminution d'épaisseur du capiton plantaire
- **Pied plat valgus**

ANMSR

CRI : Club Rhumatismes et Inflammations

Destructions articulaires


ANMSR

ANMSR

ANMSR

Vascularite rhumatoïde

Evolution

- Différents stades d'atteinte du pied
- Atteinte structurale avec le temps
- Pied douloureux mais souple au début
- Pied enraidi et déformé plus tard

ANMSR

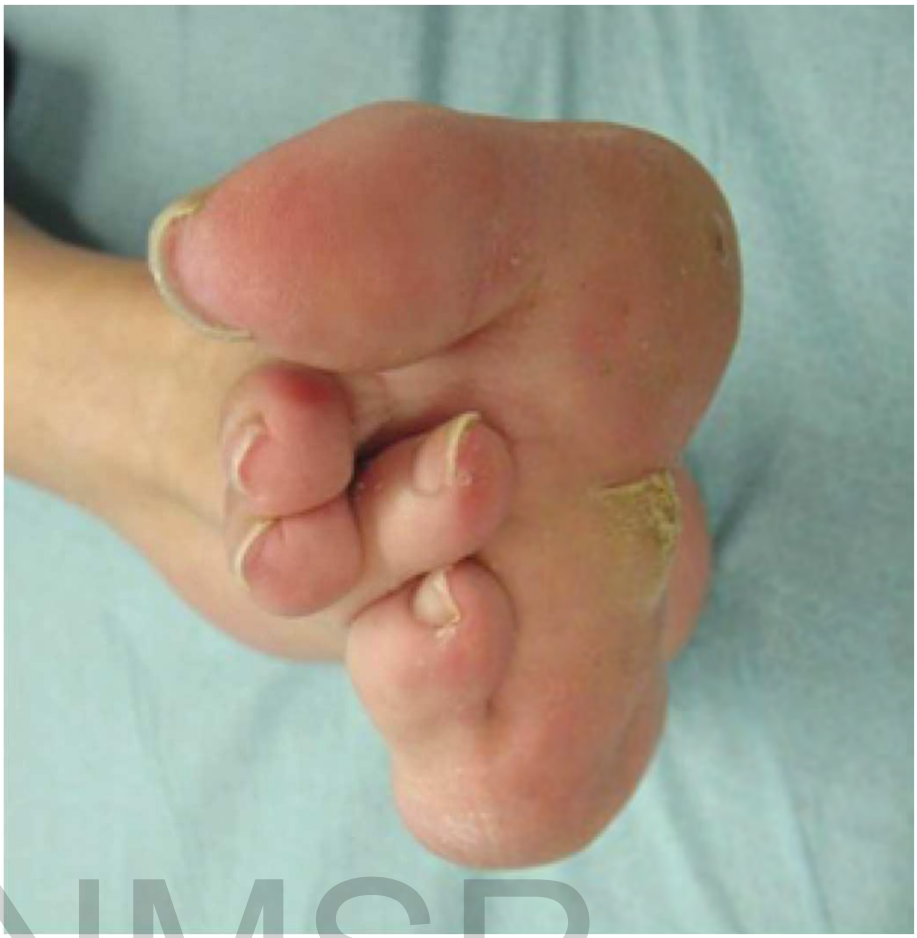
Adaptation du traitement à l'activité du rhumatisme et aux différents stades de la maladie +++

ANMSR

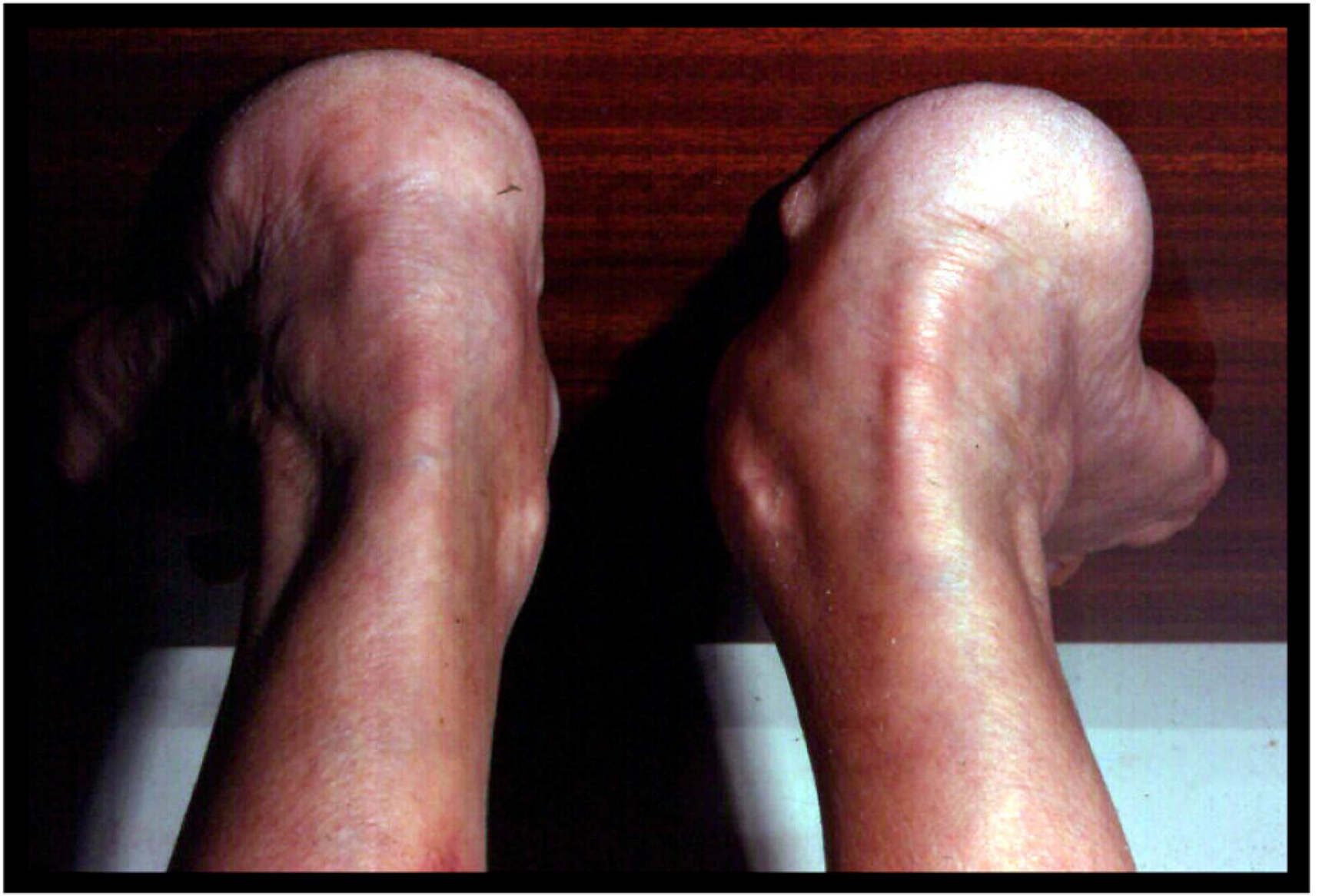
ANMSR

G

ANMSR



ANMSR



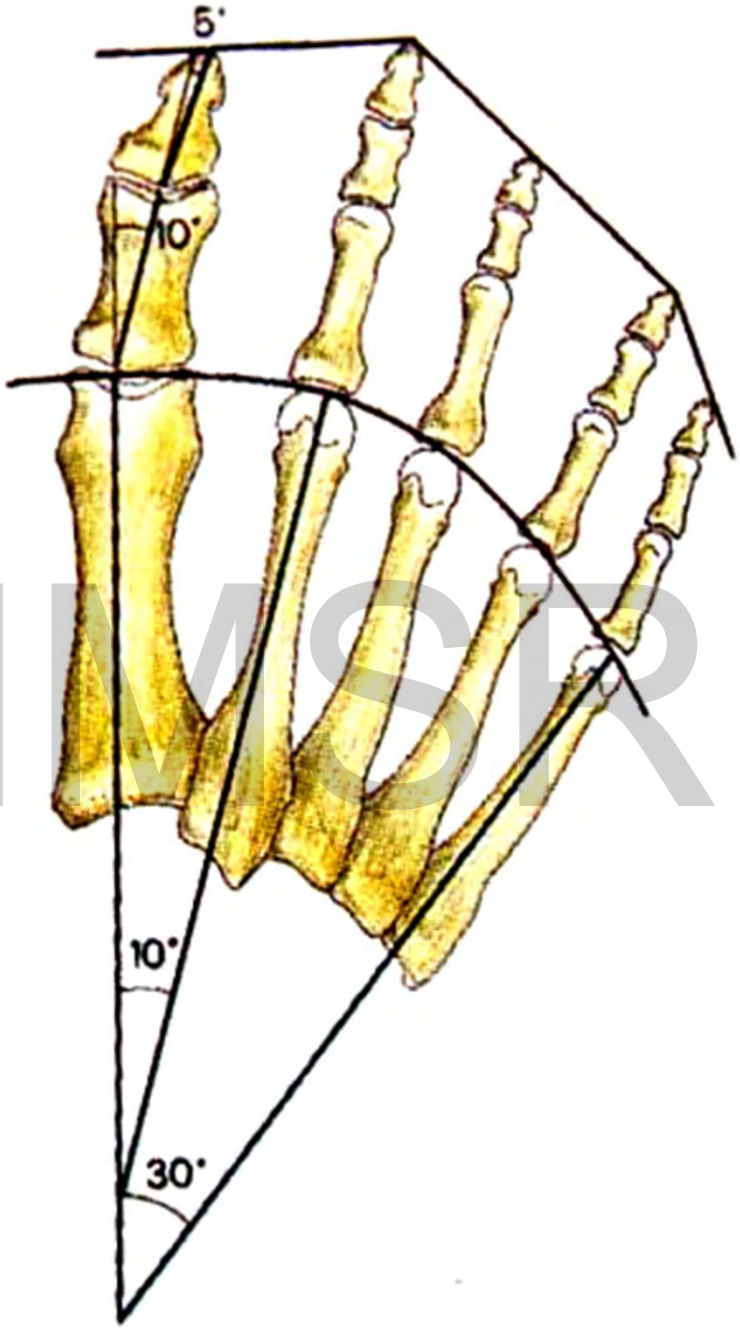
AMMSR

ANMSR

Diagnostics différentiels

ANMSR

Géométrie métatarsienne normale



ANMSR

ANMSR

luxation

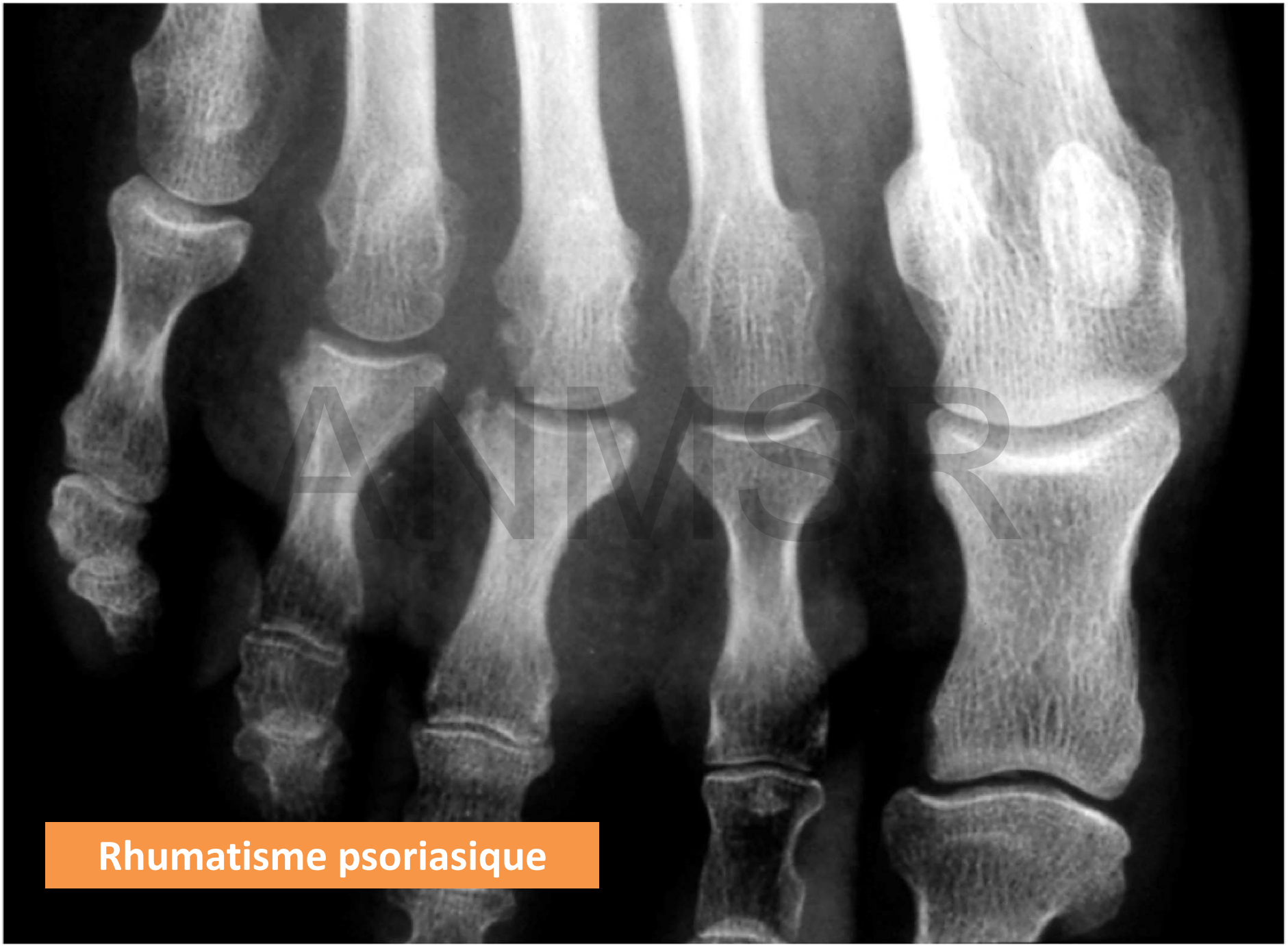
ANMSR

Hallux rigidus

ANMSR

ANMSR

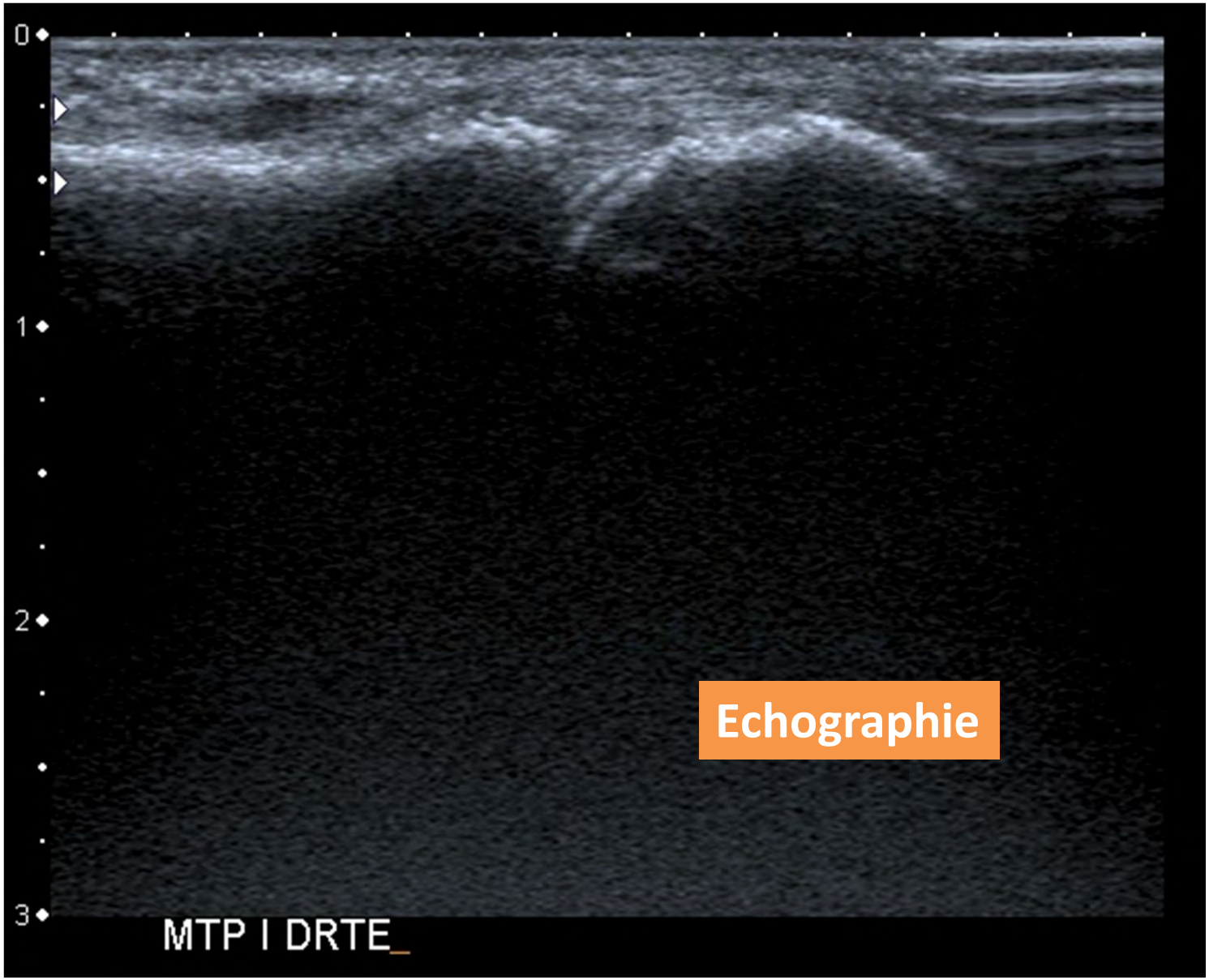
Orteils en saucisse

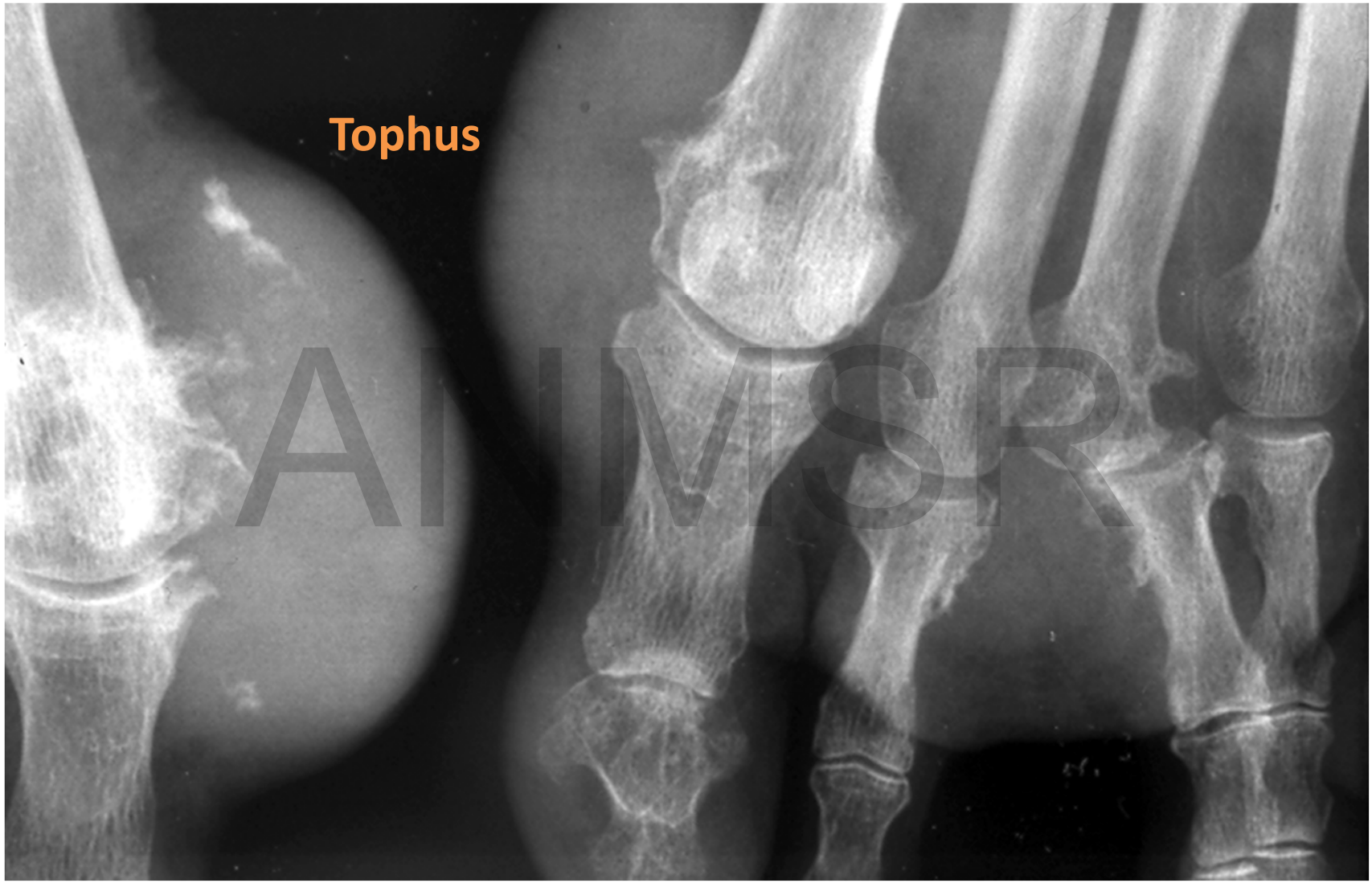


Rhumatisme psoriasique

Rhumatisme psoriasique

ANMSR

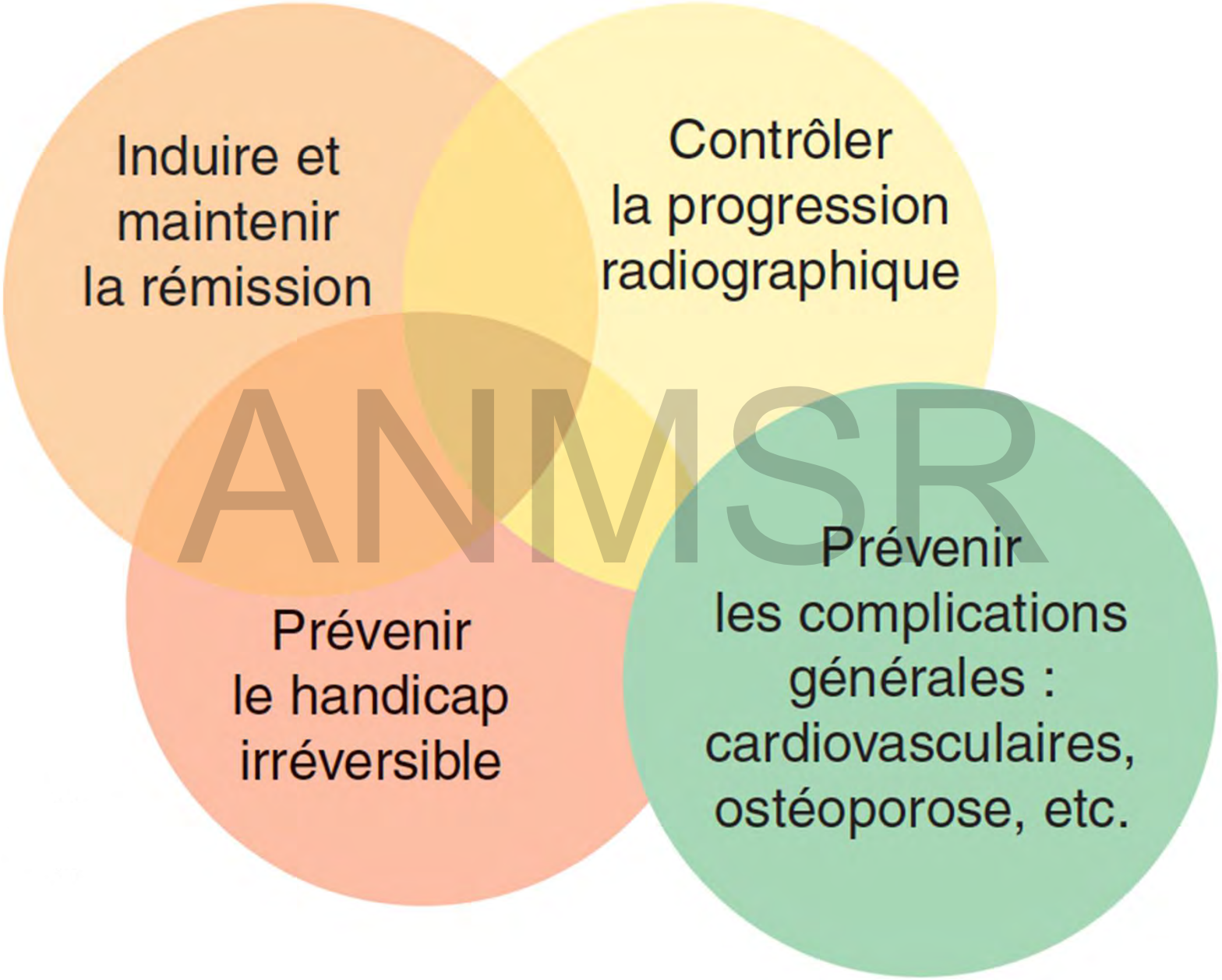

0
1
2
3
MTP I DRTE_
Echographie


Tophus
AIIMSR

ANMSR

Principes thérapeutiques

ANMSR


Induire et
maintenir
la rémission
Contrôler
la progression
radiographique
Prévenir
le handicap
irréversible
Prévenir
les complications
générales :
cardiovasculaires,
ostéoporose, etc.
ANMSR

Traitements

- *Traitement général*
  - Traitements symptomatiques : antalgiques (AINS)
  - Corticothérapie : 0,1 mg/kg, moins de 6 mois
  - **Traitements de fond +++ sans tarder**
    - **Méthotrexate +++**
    - **Biothérapies (anti TNF alpha et autres, sous-cut ou IV)**
    - **Traitements ciblés per os : inhibiteurs de JAK**
- *Traitements locaux*
  - Orthèses plantaires, orthoplasties, pédicurie
  - Infiltrations
  - Adaptation du chaussage
- *Rééducation, si pied souple*
- *Chirurgie*

ANMSR

Conclusion

- Handicap fonctionnel +++ à éviter

- Traitements de fond efficaces disponibles
- Comorbidités et prise en charge facteurs de risque cardiovasculaires
- Adaptation à l'activité et à la sévérité de la maladie

- Rhumatologues et équipes multi-disciplinaires

ANMSR